

understreges vigtigheden af grundig information til alle hovedpinepatienter om risikoen ved for hyppig medicinindtagelse.

Korrespondance: *Sait Ashina*, Dansk Hovedpinecenter, Neurologisk Afdeling, Amtssygehuset i Glostrup, DK-2600 Glostrup. E-mail: sashina@srhs.org

Antaget: 6. juni 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Zwart JA, Dyb G, Hagen K et al. Analgesic overuse among subjects with headache, neck, and low-back pain. *Neurology* 2004;62:1540-4.
- Bahra A, Walsh M, Menon S et al. Does chronic daily headache arise de novo in association with regular use of analgesics? *Headache* 2003;43:179-90.
- Guitera V, Munoz P, Castillo J et al. Quality of life in chronic daily headache: a study in a general population. *Neurology* 2002;58:1062-5.
- Gaist D. Use and overuse of sumatriptan. *Cephalalgia* 1999;19:735-61.
- Rapoport A, Stang P, Gutterman DL et al. Analgesic rebound headache in clinical practice: data from a physician survey. *Headache* 1996;36:14-9.
- Wang SJ, Fuh JL, Lu SR et al. Chronic daily headache in Chinese elderly: prevalence, risk factors, and biannual follow-up. *Neurology* 2000;54:314-9.
- Lamp C, Buzath A, Yazdi K et al. Ergot and triptan overuse in Austria – an evaluation of clinical data and cost. *Cephalalgia* 2002;22:807-11.
- Peters GA, Horton BT. Headache: with special reference to the excessive use of ergotamine preparations and withdrawal effects. *Mayo Clin Proc* 1951;26:153-61.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(suppl 7):1-96.
- Gaist D, Hallas J, Sindrup SH et al. Is overuse of sumatriptan a problem? *Eur J Clin Pharmacol* 1996;50:161-5.
- Evers S, Gralow I, Bauer B et al. Sumatriptan and ergotamine overuse and drug-induced headache: a clinicoepidemiologic study. *Clin Neuropharmacol* 1999;22:201-6.
- Limmroth V, Kazarawa Z, Fritsche G et al. Headache after frequent use of serotonin agonists zolmitriptan and naratriptan. *Lancet* 1999;353:78.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;24(suppl 1):9-160.
- Diener HC, Dahlöf C. Headache associated with chronic use of substances. I: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KM, eds. *The Headaches*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 871-8.
- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M et al. Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1147-57.
- Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G et al. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology* 2002;59:1011-4.
- Russell MB, Rasmussen BK, Brennum J et al. Presentation of a new instrument: the diagnostic headache diary. *Cephalalgia* 1992;12:369-74.
- Robinson RG. Pain relief for headaches. *Can Fam Physician* 1993;39:867-2.
- Granello F, Farina S, Malferrari G et al. Drug abuse in chronic headache: a clinico-epidemiologic study. *Cephalalgia* 1987;7:15-9.
- Castillo J, Munoz P, Guitera V et al. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 1999;39:190-6.
- Evers S, Suhr B, Bauer B et al. A retrospective long-term analysis of the epidemiology and features of drug-induced headache. *J Neurol* 1999;246:802-9.
- Silberstein SD, Schulman EA, Hopkins MM. Repetitive intravenous DHE in the treatment of refractory headache. *Headache* 1990;30:334-9.
- Walker J, Parisi S, Olive D. Analgesic rebound headache: experience in a community hospital. *South Med J* 1993;86:1202-5.
- Zeeberg P, Olesen J, Jensen R. Efficacy of multidisciplinary treatment in a tertiary referral Headache Center. *Cephalalgia* 2005;25:1159-67.
- Centonze V, Bassi A, Causarano V et al. Sumatriptan overuse in episodic cluster headache: lack of adverse events, rebound syndromes, drug dependence and tachyphylaxis. *Funct Neurol* 2000;15:167-70.
- Lance F, Parkes C, Wilkinson M. Does analgesic abuse cause headaches de novo? *Headache* 1988;28:61-2.
- Silberstein SD, Lipton RB. Chronic daily headache, including transformed migraine, chronic tension-type headache, and medication overuse. I: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ, eds. *Wolff's headache and other head pain*. 7th ed. New York: Oxford University Press, 2001:247-82.
- Bendtsen L. Sensitization: its role in primary headache. *Curr Opin Invest Drugs* 2002;3:449-53.
- Katsarava Z, Fritsche G, Muessig M et al. Clinical features of withdrawal headache following overuse of triptans and other headache drugs. *Neurology* 2001;57:1694-8.
- Hagen K, Vatten L, Stovner LJ et al. Low socio-economic status is associated with increased risk of frequent headache: a prospective study of 22718 adults in Norway. *Cephalalgia* 2002;22:672-9.
- Atasoy HT, Unal AE, Atasoy N et al. Low income and education levels may cause medication overuse and chronicity in migraine patients. *Headache* 2005;45:25-31.
- Diener HC, Limmroth V. Medication-overuse headache: a worldwide problem. *Lancet Neurol* 2004;3:475-83.
- Baumgartner C, Wessely P, Bingol C et al. Longterm prognosis of analgesic withdrawal in patients with drug-induced headaches. *Headache* 1989;29:510-4.
- Diener HC, Dichgans J, Scholz E et al. Analgesic-induced chronic headache: long-term results of withdrawal therapy. *J Neurol* 1989;236:9-14.
- Tfelt-Hansen P, Krabbe A. Ergotamine abuse. *Cephalalgia* 1981;1:29-32.
- Schnider P, Aull S, Baumgartner C et al. Long-term outcome of patients with headache and drug abuse after inpatient withdrawal: five-year follow-up. *Cephalalgia* 1996;16:481-5.
- Tribl GG, Schnider P, Wober C et al. Are there predictive factors for long-term outcome after withdrawal in drug-induced chronic daily headache? *Cephalalgia* 2001;21:691-6.
- Fritsche G, Eberl A, Katsarava Z et al. Drug-induced headache: long-term follow-up of withdrawal therapy and persistence of drug misuse. *Eur Neurol* 2001;45:229-35.
- Katsarava Z, Limmroth V, Finke M et al. Rates and predictors for relapse in medication overuse headache: a 1-year prospective study. *Neurology* 2003;60:1682-3.
- Katsarava Z, Muessig M, Dzagnidze A et al. Medication overuse headache: rates and predictors for relapse in a 4-year prospective study. *Cephalalgia* 2005;25:12-5.

Hovedpineklassifikation, ny udgave

Overlæge Rigmor Højland Jensen, læge Christina Kruuse & afdelingslæge Lars Bendtsen

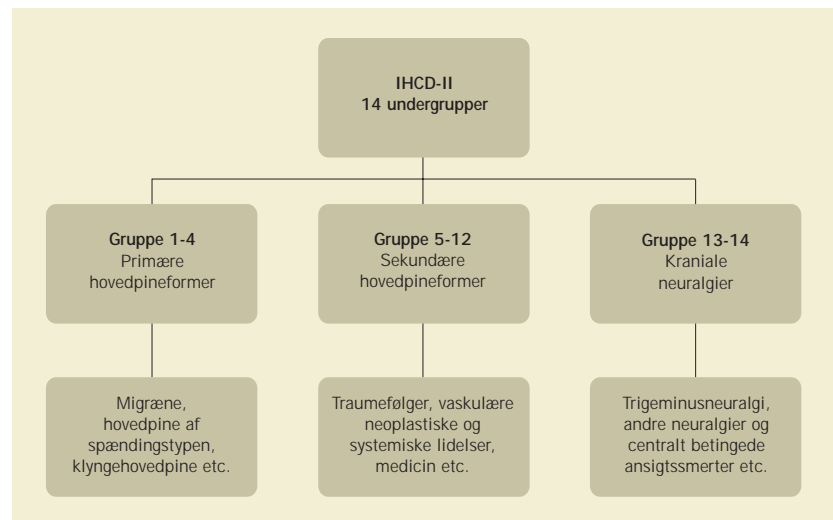
Amtssygehuset i Glostrup, Neurologisk Afdeling,
Dansk Hovedpinecenter

Da hovedpine er en af de hyppigst forekommende smertelidelser i befolkningen, er der et stort vedvarende behov for

diagnosticering og behandling af hovedpinesygdomme. Hovedpine kan være mangfoldig i sin symptomatologi, og med en præcis beskrivelse er mulighederne for en systematisk tilgang til udredning og behandling af hovedpine nu absolut til stede. Den nye version af den internationale hovedpine klassifikation, der er udkommet i 2004, er nu blevet oversat til dansk og præsenteres. I den nye version er der ud over præcise beskrivelser af en lang række sjældnere former for hoved-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Figur 1. Opbygning af anden version af Den Internationale Hovedpineklassifikation [7].



pine særligt fokuseret på medicinfremkaldt hovedpine, da den er så vigtig at forebygge og kan behandles med meget optimalt resultat.

Hovedpine er en af de hyppigste smertetilstande, der foranlediger henvendelse til primærsektoren, og den har meget store samfundsmæssige og personlige omkostninger [1-5]. En præcis diagnose og kendskab til de mange forskellige typer hovedpine er en absolut forudsætning for et godt behandlingsresultat.

Den første udgave af den internationale hovedpineklassifikation (ICHD-I) [6] blev udgivet i 1988 på initiativ af *Jes Olesen & Peer Tfelt-Hansen*, Københavns Amts Sygehus i Glostrup, og blev skabt af en gruppe af internationale eksperter på hovedpinefeltet. I 1988 var der kun begrænset evidens vedrørende afgrænsning og patofysiologi af de fleste typer hovedpine, men man ønskede nogle klare retningslinjer og diagnostiske kriterier, hvormed man kunne beskrive forskellige kliniske enheder, og desuden ønskede man at fremme kendskabet til hovedpinesygdomme samt inspirere til yderligere forskning. ICHD-I-klassifikationen blev en stor succes og er siden gradvist implementeret i hele verden. Den indgår i WHO's sygdomsklassifikation, er oversat til mere end 20 forskellige sprog og anvendes til stort set alle kliniske afprøvninger af nye medikamenter inden for feltet. Der kan nu anvendes samme klassificering overalt i verden, og den kliniske verden kan udveksle pålidelige data. Klassifikationen er meget hierarkisk og systematisk opbygget. Man opnår dermed en ensartet klassificering og rubricering af patienterne og er langt mindre afhængig af kultur og traditioner, end man var med de tidligere kliniske beskrivelser.

I 2004 blev anden udgave af den internationale hovedpineklassifikation (ICHD-II) udgivet [7]. Denne vigtige revision af den internationale sygdomsklassifikation fortjener en kommentar, da den trods sit omfang med fordel kan anvendes i det daglige, kliniske arbejde med patienterne. En dansk, forkortet udgave, oversat af bestyrelsen for Dansk Hovedpine Selskab, foreligger nu i lommeformatudgave og på Dansk

Hovedpine Selskabs hjemmeside [8]. Det er denne danske udgave, der kort vil blive præsenteret her.

Struktur af klassifikationen

ICHD-II er opbygget af 14 underafsnit, fordelt på tre hovedgrupper (Figur 1) og et appendiks.

Den første hovedgruppe er de primære hovedpineformer som migræne, spændingshovedpine og klyngehovedpine (også kaldet Hortons hovedpine) og en række andre sjældnere former uden kendt ætiologi. Den næste hovedgruppe er de sekundære hovedpineformer, hvor hovedpinen skyldes anden neurologisk eller systemisk sygdom, indtag af diverse medikamina, eller andre kemiske substanser som alkohol etc.

Den tredje gruppe er de kraniale neuralgier med trigeminusneuralgi som den hyppigste form.

Det er tiltænkt, at klassifikationen i dagligdagen kan anvendes til diagnosticering af de hyppigste, primære hovedpineformer som migræne med og uden aura, spændingshovedpine og klyngehovedpine, og til at man ved et hurtigt overblik kan finde frem til de sjældnere typer hovedpinetyper ved opslag på nettet eller i litteraturen.

Hvad er væsentligt nyt i ICHD-II?

Inden for migræne har man i ICHD-II nu på baggrund af epidemiologiske og genetiske undersøgelser præciseret migræne med aura i tre undertyper, dels typisk aura med hovedpine, der opfylder kriterierne for migræne uden aura, dels en form, hvor hovedpinen er mildere og ikke opfylder migrænekriterierne, samt en form hvor der kun optræder aura og ingen efterfølgende hovedpine. Dernæst er de to hemiplegiske migræneformer, den familiære og den sporadiske form, udskilt. Dette er baseret på genetiske undersøgelser, hvor der nu er isoleret flere mutationer på hhv. kromosom 19 og 1 i den familiære, men ikke i den sporadiske form [9, 10]. Ligeledes er specifikke pædiatriske symptomer som cyklisk forekommende opkastninger, vertigo eller abdominal migræne klart defineret. End-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Tabel 1. Klassifikation.

ICHD-II	ICD-10NA	Diagnose
1.	G43	Migræne
1.1	G43.0	Migræne uden aura
1.2	G43.1	Migræne med aura
1.2.1	G43.10	– typisk aura med migrænehovedpine
1.2.2	G43.10	– typisk aura med nonmigrænehovedpine
1.2.3	G43.104	– typisk aura uden hovedpine
1.2.4	G43.105	– familier hemiplegisk migræne
1.2.5	G43.105	– sporadisk hemiplegisk migræne
1.2.6	G43.103	– basilarismigræne
1.3	GG43.82	I barndommen forekommende periodiske symptomer, som kan være forløbere for eller relateret til migræne
1.3.1	G43.82	– cyklisk forekommende opkastninger
1.3.2	G43.820	– abdominal migræne
1.3.3	G43.821	– benign paroksysmal vertigo i barndommen
1.4	G43.81	Retinal migræne
1.5	G43.3	Komplikationer til migræne
1.5.1	G43.3	– kronisk migræne (migræne ≥ 15 dage pr. måned)
1.6	G43.83	Mulig migræne
2.	G44.2	Hovedpine af spændingstype
2.1	G44.2	Sporadisk episodisk hovedpine af spændingstype (< 12 dage pr. år)
2.2	G44.2	Hyppig episodisk hovedpine af spændingstype (hovedpine ≥ 1 men < 15 dage pr. måned)
2.3	G44.2	Kronisk hovedpine af spændingstype (≥ 15 dage pr. måned).
2.4	G44.28	Mulig hovedpine af spændingstype
3.	G44.0	Klyngehovedpine og andre trigeminale autonome hovedpiner (<i>trigeminal autonomic cephalalgias</i> (TAC))
3.1	G44.0	Klyngehovedpine
3.1.1	G44.01	– episodisk klyngehovedpine
3.1.2	G44.02	– kronisk klyngehovedpine
3.2	G44.03	Paroksysmal hemikrani
3.2.1	G44.03	– episodisk paroksysmal hemikrani
3.2.2	G44.03	– kronisk paroksysmal hemikrani
3.3	G44.08	Kortvarige unilaterale neuralgiforme hovedpineanfald med konjunktival injektion og tåreflod (SUNCT)
3.4	G44.08	Mulig TAC
4.	G44.80	Andre primære hovedpineformer
4.1	G44.800	Idiopatisk stikkende hovedpine
4.2	G44.803	Benign hostehovedpine
4.3	G44.804	Benign anstrengelseshovedpine
4.4	G44.805	Hovedpine relateret til seksuel aktivitet
4.5	G44.80	Hypnisk hovedpine
4.6	G44.80	Primær tordenskraldshovedpine
4.7	G44.80	Kontinuerlig hemikrani
4.8	G44.2	Ny daglig persisterende hovedpine
5.	G44.88	Hovedpine relateret til traumer mod hoved og nakke
6.	G44.81	Hovedpine relateret til vaskulære lidelser
7.	G44.82	Hovedpine relateret til ikkevaskulære intrakraniale lidelser
8.	G44.4 eller G44.83	Hovedpine relateret til substanser eller deres seponering
8.1	G44.40	Hovedpine induceret ved akut brug af/eller udsættelse for substanser
8.2	G44.41	Hovedpine induceret ved medicinoverforbrug
8.2.1	G44.411	Ergotamin (ergotamin indtag ≥ 10 dage pr. måned i ≥ 3 måneder)
8.2.2	G44.41	Triptaner (triptanindtag ≥ 10 dage pr. måned i ≥ 3 måneder)
8.2.3	G44.410	Simple analgetika (analgetikaindtag ≥ 15 dage pr. måned i ≥ 3 måneder)
8.2.4	G44.83	Opioider (opioidindtag ≥ 10 dage pr. måned i ≥ 3 måneder)
8.2.5	G44.410	Blandet overforbrug (indtag ≥ 10 dage pr. måned i ≥ 3 måneder)
8.2.6	G44.410	Andre substanser
8.2.7	G44.41	Hovedpine muligvis induceret ved medicinoverforbrug
8.3	G44.4	Hovedpine som en bivirkning til kronisk medicinering
8.4	G44.83	Hovedpine på grund af seponering af en substans
9.	G44.821	Hovedpine relateret til infektioner
10.	G44.882	Hovedpine relateret til homøostatiske forstyrrelser
11.	G44.84	Hovedpine eller ansigtssmerter relateret til abnormiteter i kranium, nakke, øjne, ører, næse, bihuler, tænder, mund eller andre strukturer i kranium eller ansigt
12.	R51	Hovedpine relateret til psykiske lidelser
13.	R50	Kranielle neuralgier og centralt udløste ansigtssmerter
14.	R51	Andre hovedpineformer, kraniale neuralgier, centrale eller perifere former for ansigtssmerter

Tabel 2. Otte vigtige spørgsmål til en patient med hovedpine.

1.	Har du en eller flere typer hovedpine? Beskriv dem separat, hvis muligt.
2.	Hvor lang tid varer smerterne (sekunder, minutter, timer, dage) og hvor hyppigt optræder de? (daglig, ugentlig, månedlig).
3.	Hvor stærke er smerterne?
4.	Er smerten pulserende, strammende, stikkende eller jagende?
5.	Bliver smerten forværret ved fysisk aktivitet som trappegang og løb, og hvad gør du, når du har hovedpine? Går du rundt, er du rastløs eller ligger/sidder du helt stille?
6.	Hvor sidder hovedpinen?
7.	Har du kvalme, opkastninger, fotofobi, fonofobi, tåre- eller næseflod eller andre ledsagesymptomer?
8.	Tager du nogle former for medicin inklusive almindelige håndkøbsmidler? Hvor ofte og hvor meget?

videre er der i ICHD-II tilføjet et nyt afsnit med komplikationer til migræne. I dette meget omstridte kapitel, pga. en forskellig tilgang til problematikken i USA og Europa, er kronisk migræne nu anført som en komplikation til migræne og defineret som en kronisk hovedpine, der opfylder kriterierne for migræne uden aura i 15 dage pr. måned eller mere, og hvor der ikke foreligger et konkurrerende medicinoverforbrug [7]. Et ledsagende medicinoverforbrug, som er defineret under de sekundære hovedpineformer (Tabel 1), fører ofte til både en øget migrænefrekvens og en mere konstant baggrundshovedpine, der til forveksling ligner kronisk spændingshovedpine eller kronisk migræne. Pointen er imidlertid, at ophører dette medicinoverforbrug af analgetika eller triptaner, mindskes migrænefrekvensen oftest betydeligt, og baggrundshovedpinen forsvinder som regel. Reelt er der således efter medicin-sanering kun meget få patienter, 2-5%, tilbage, der fortsat har migræne >15 dage pr. måned og dermed opfylder definitionen for den kroniske migræne [11, 12]. I litteraturen er der ofte betydelig konfusion mellem de forskellige betegnelser som *chronic daily headache* og *chronic headaches* uden yderligere specifikation [13, 14], men ved at præcisere de diagnostiske kriterier, som her skitseret i ICHD-II, håber man at bidrage til identifikation af en reel, men sjældent forekommende kronisk migræne og til den meget hyppige medicin fremkaldte hovedpine med en gunstig prognose [11, 12].

Inden for hovedpine af spændingstypen er ICHD-II nu opdelt i i alt tre grupper; en sporadisk episodisk form, der optræder < 12 dage pr. år, en hyppig episodisk form, der optræder i 1-14 dage pr. måned, og en kronisk form, der optræder ≥ 15 dage pr. måned [7]. I ICHD-I var spændingshovedpine meget arbitrært opdelt i to underformer, i en episodisk < 15 dage pr. måned og i en kronisk form ≥ 15 dage pr. måned [8]. Den yderligere opdeling af de episodiske former skyldes den vidt udbredte forekomst af spændingshovedpinen, som afficerer stort set hele den voksne befolkning, og hvor der ved sjældne

anfald ikke er tale om en egentlig sygdom. Hovedpinen er derimod en påmindelse om en uhensigtsmæssig adfærd som overbelastning, manglende søvn eller manglende føde- eller væskeindtagelse. Omtrent 10% af befolkningen har imidlertid hovedpine af spændingstypen >1 gang pr. uge, og 3-5% har den kroniske form med daglig eller næsten daglig forekomst [3-5], hvilket øver betydelig indflydelse på den daglige adfærd og livskvalitet. Den nye opdeling er ligeledes rational i terapeutisk og forskningsmæssig sammenhæng, da det kliniske billede og behandlingen er meget forskellig imellem disse tre subformer.

Klyngehovedpine er blevet yderligere præciseret med tilføjelse af rastløshed og agitation som et diagnostisk kriterium på linje med de autonome ledsagesymptomer, da patientens adfærd under smerteanfaldet sammenholdt med anfaldsvarigheden på 1-2 timer er så karakteristisk, at det ofte er tilstrækkeligt til at stille diagnosen. Derudover er der ikke foretaget betydende revisioner på dette felt, blot er navnet *trigeminal autonomic cephalalgias* (TAC's) blevet introduceret som et generelt overbegreb for disse kortvarige, meget svære hovedpineformer, der er ledsaget af autonome symptomer som øjenrødme, tåreflod, næseflod, ptose, miosis etc. [15].

New daily persistent headache er ligeledes en ny udspecificeret type hovedpine placeret under andre primære hovedpineformer i gruppe 4. Denne hovedpineform var tidligere inkluderet i definitionen for kronisk hovedpine af spændingstypen, men den adskiller sig derfra ved at være en helt nyopstået (inden for tre døgn), konstant hovedpine, af pressende og strammende type uden væsentlige ledsagesymptomer samt ved at være persisterende og behandlingsresistent. Opstår oftest hos personer uden tidligere hovedpineanamnese, og ætiologien er ukendt [16].

Sekundære hovedpineformer

Det er naturligvis vigtigt, at man ved alle patienter, der klager over hovedpine, overvejer muligheden af en eventuel sekundær hovedpine, altså et symptom på en tilgrundliggende evt. alvorlig livstruende sygdom (Tabel 1) som tumor cerebri, subaraknoidal blødning, apoplexia cerebri eller meningitis. Ligeledes bør sekundær hovedpine altid overvejes hos tidligere hovedpineraske personer over 40 år, ved nyopstået svær hovedpine, ændret karakter af hovedpinen, ved feber, ved tilstedeværelse af andre neurologiske symptomer eller hvis hovedpinen er svær at klassificere.

Den hyppigste form for sekundær kronisk hovedpine er imidlertid den medicin fremkaldte hovedpine (gruppe 8), og da den generelt har en meget god prognose, bør den altid identificeres. Medicin fremkaldt hovedpine er en toksisk betinget tilstand, hvor et overforbrug af akut hovedpinemedicin som almindelige analgetika, triptaner (f.eks. sumatriptan, rizatriptan, eletriptan, zolmitriptan og almotriptan), ergotaminer, kombinationspræparater og opioider fremkalder en

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

kronisk, ofte behandlingsresistent hovedpine, og hvor brat ophør af medicinindtagelse ofte resulterer i stærke migrænelignende anfald, et *rebound*-fænomen [11, 12]. Dette paradokse fænomen er endnu ikke beskrevet for andre smertetilstande, hvor der også indtages store mængder analgetika. I ICHD-II er det nu defineret, hvornår man skal være opmærksom på, om en hyppig hovedpine kan være helt eller delvis fremkaldt af medicinoverforbrug, ud fra hvor mange dage pr. måned patienten indtager akut hovedpinemedicin [7]. I ICHD-I var der defineret et maksimalt antal tabletter pr. måned som øvre grænse for analgetika/ergotaminindtagelse [6]. Nu er der imidlertid indført antal dage pr. måned med medicinindtagelse, da man i flere undersøgelser har påvist, at antal dage med medicinindtagelse er vigtigere end det totale antal indtagne tabletter for udvikling af medicinoverforbrugs-hovedpine [7]. Et kraftigt migræneanfald med flere opkastninger kan f.eks. fordre et stort antal tabletter på relativt få dage pr. måned, mens en daglig lille dosis som f.eks. en tablet paracetamol eller en halv tablet triptan kan vedligeholde en daglig migrænelignende hovedpine, som oftest svinder fuldstændigt efter seponering. Forebyggelse af dette medicinoverforbrug er alfa og omega, og derfor er grundig oplysning til patienterne samt restriktiv medicinordination meget nødvendig i kontakten til og behandlingen af disse patienter.

Konklusion og perspektiver

Der er et stort vedvarende behov for diagnosticering af hovedpinesygdomme, da man ved hovedpine som ved alle andre medicinske symptomer er afhængig af en præcis diagnose for at kunne yde en præcis behandling og forebyggelse. Hovedpine er mangfoldig i sin symptomatologi og har ofte virket uoverskuelig for de fleste, der ikke har specifikt kendskab til hovedpinesygdomme. Med en præcis beskrivelse er mulighederne for en systematisk tilgang til hovedpine nu absolut til stede, og da behandlingsmulighederne er bedret markant i det seneste årti og under hastig udvikling, er det en absolut nødvendighed, at den kliniske diagnostik forbedres. Med den nye version af klassifikationen er der indført endnu et godt praktisk arbejdsredskab i det daglige arbejde med patienterne, men klassifikationen kan umiddelbart virke meget omfattende. De opstillede spørgsmål (**Tabel 2**), der er afledt direkte af klassifikationen, kan dog hjælpe til med at klarlægge det noget brogede symptombillede, som patienterne ofte præsenterer. Anvendelse af en diagnostisk dagbog og hovedpinekalender kan ligeledes anbefales, således at der indhentes de nødvendige informationer til at stille en præcis diagnostik og til at lægge en optimal behandlingsstrategi med. I den nye version er der ud over præcise beskrivelser af en lang række sjældnere former for hovedpine, særligt fokuseret på medicin fremkaldt hovedpine, da den er så vigtig at forebygge og kan behandles med meget optimalt resultat.

Korrespondance: *Rigmor Højland Jensen*, Neurologisk Afdeling, Dansk Hovedpinecenter NA02, Amtssygehuset i Glostrup, DK-2600 Glostrup.
E-mail rigj@glostruphosp.kbhamt.dk

Antaget: 17. juni 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Supplerende oplysninger: Diagnostisk hovedpinedagbog og kalender kan rekvireres ved henvendelse til Dansk Hovedpineselskab: kk@dadl.dk

Litteratur

1. Boardman HF, Thomas E, Croft PR et al. Epidemiology of headache in an English district. *Cephalalgia* 2003;23:129-37.
2. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:443-6.
3. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M et al. Epidemiology of headache in a general population--a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44:1147-57.
4. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D et al. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998;279:381-3.
5. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T et al. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? *Eur J Epidemiol* 2005;20:243-9.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. *Cephalalgia* 1988;8(suppl 7):1-96.
7. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;24(suppl 1):9-160.
8. www.hovedpine.suite.dk /juni 2005.
9. Ophoff RA, Terwindt GM, Vergouve MN et al. Familial hemiplegic migraine and episodic ataxia type 2 are caused by mutations in the Ca²⁺ channel gene CACNL1A4. *Cell* 1997;37:479-85.
10. Thomsen LL, Ostergaard E, Olesen J et al. Evidence for a separate type of migraine with aura: sporadic hemiplegic migraine. *Neurology* 2003;60:595-601.
11. Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G et al. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology* 2002;59:1011-4.
12. Bigal ME, Sheftell FD, Rapoport AM et al. Chronic daily headache in a tertiary care population: correlation between the International Headache Society diagnostic criteria and proposed revisions of criteria for chronic daily headache. *Cephalalgia* 2002;22:432-8.
13. Lainez MJ, Monzon MJ. Chronic daily headache. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2001;1:118-24.
14. Jensen R, Bendtsen L. Is the term chronic daily headache a useful diagnosis? *J Headache Pain* 2004;5:87-93.
15. Goadsby PG, Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short lasting headaches with autonomic features, including new cases. *Brain* 1997;120:193-209.
16. Li D Rozen. The clinical characterisation of new daily persistent headache. *Cephalalgia* 2002;22:66-9.